

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

Mestrado em Saúde e Comportamento

IMPACTO DO HOSPITAL-DIA NOS NÍVEIS  
DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE  
DE PACIENTES HIV/AIDS.

Adrienne Sassi de Oliveira

**Pelotas**

2005

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS  
Mestrado em Saúde e Comportamento

IMPACTO DO HOSPITAL-DIA NOS NÍVEIS  
DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE  
DE PACIENTES HIV/AIDS.

Adrienne Sassi de Oliveira

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado, em Saúde e Comportamento, da  
Universidade Católica de Pelotas-UCPel,  
como requisito parcial à obtenção do título  
de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Hiram Laranjeira de  
Almeida Jr.

Pelotas

2005

*As verdades descobertas pela inteligência permanecem estéreis. Só o coração é capaz de fecundar seus sonhos. Ele dá vida a tudo que ama. É pelo sentimento que as sementes do bem são lançadas ao mundo.*

*Anatole France*

## Agradecimentos

Aos **pacientes do Hospital-Dia** pelo desprendimento na participação do estudo.

Aos meus **pais** pelo que sou hoje.

Ao **Umberto**, que participou deste sonho, pelo incentivo, carinho e paciência.

À **FAPERGS** pela viabilização deste projeto.

Ao **Hiram** pela orientação e apoio incansáveis dispensados na realização deste trabalho.

À **Elaine Tomasi** pela empolgante orientação estatística.

Ao **Bernardo** pela constante ajuda e disponibilidade.

À **Equipe do Hospital-Dia**, representada pela Dra. Ana Carolina Issler Ferreira Kessler, pela receptividade com que me acolheram.

## Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

<b>HIV</b>	Vírus da imunodeficiência humana
<b>AIDS</b>	Síndrome da imunodeficiência adquirida
<b>SAE</b>	Serviço de assistência especializada
<b>HD</b>	Hospital-Dia
<b>ADT</b>	Assistência domiciliar terapêutica
<b>SUS</b>	Sistema único de saúde
<b>SNC</b>	Sistema nervoso central
<b>BDI</b>	Inventário de depressão Beck
<b>BAI</b>	Inventário de ansiedade Beck
<b>BHS</b>	Escala de desesperança Beck
<b>BSI</b>	Escala de ideação suicida Beck
<b>CCT</b>	Center for cognitive therapy
<b>CN- DST/AIDS</b>	Comissão Nacional Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da imunodeficiência adquirida

## Sumário

AGRADECIMENTOS .....	3
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS .....	4
<b>I. PROJETO DE PESQUISA</b>	
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
1.1. ESCALAS BECK .....	13
1.1.1. Inventário de Depressão Beck .....	13
1.1.2. Inventário de Ansiedade Beck .....	16
1.1.3. Estudo dos pontos de corte dos instrumentos com a versão em português .....	18
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
2.1. OBJETIVO GERAL .....	19
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3. HIPÓTESES .....</b>	<b>20</b>
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>21</b>
4.1. DELINEAMENTO .....	21
4.2. POPULAÇÃO ALVO .....	21
4.2.1. Critérios de Exclusão .....	21
4.3. AMOSTRAGEM .....	21
4.4. INSTRUMENTOS .....	22
4.5. DESFECHO PRINCIPAL .....	22
4.6. VARIÁVEIS INDEPENDENTES .....	23
4.7. PESSOAL .....	23
4.8. ESTUDO PILOTO .....	23
4.9. LOGÍSTICA .....	23
4.10. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	24
<b>5. ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>29</b>

<b>6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>32</b>
<b>II. ARTIGO</b>	
<b>1. RESUMO .....</b>	<b>46</b>
<b>2. ABSTRACT .....</b>	<b>47</b>
<b>3. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>4. MÉTODOS.....</b>	<b>51</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>72</b>

## PROJETO DE PESQUISA

IMPACTO DO HOSPITAL-DIA NOS NÍVEIS  
DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE  
DE PACIENTES HIV/AIDS.



# 1 INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) representam, atualmente, um dos maiores desafios em saúde pública. Apesar do aumento em investimentos, do comprometimento político e do incremento a acessibilidade ao tratamento do HIV, a epidemia da AIDS continua a passar à frente dos esforços mundiais. Nenhuma região do globo foi poupada (1). Dois terços dos infectados estão na África onde a epidemia explodiu nos anos noventa, e um quinto localiza-se na Ásia, onde níveis têm crescido rapidamente nos últimos anos. As formas de transmissão do HIV mudaram muito pouco ao longo dos anos: relações sexuais desprotegidas heterossexuais e homossexuais, uso de drogas injetáveis, injeções e transfusões sangüíneas sem procedimentos de segurança adequados e transmissão de mãe para filho durante a gestação, trabalho de parto e parto propriamente dito ou por aleitamento materno. A natureza específica da epidemia, no entanto, continua a variar igualmente entre regiões e dentro dos próprios países. Globalmente, a relação sexual desprotegida entre homens e mulheres é a forma predominante de transmissão do vírus, de acordo com o último relatório da Organização Mundial da Saúde 2004 (2). No ano de 2003 quase cinco milhões de pessoas foram infectadas com o vírus HIV, o maior número de infectados/ano desde o início da epidemia. Em níveis globais, o número de pessoas convivendo com o HIV continua a crescer – de trinta e cinco milhões em 2001 a trinta e oito milhões em 2003. Neste mesmo ano, quase três milhões de pessoas morreram vítimas da AIDS; mais de vinte milhões já morreram desde o primeiro caso de AIDS identificado em 1981 (1).

O Boletim Epidemiológico AIDS de janeiro a dezembro de 2003 apresenta os casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde até 31/12/2003. São 310.310 diagnósticos e notificações do início de 1980 até dezembro 2003, indicando um aumento de 20,4% em relação aos dados consolidados até dezembro de 2002. Também são demonstrados alguns fatos marcantes como os novos dados de mortalidade por AIDS em que, pelo quinto ano consecutivo, observamos taxas inferiores a 7 óbitos por 100.000 habitantes, sendo que nos

últimos três anos, a taxa de mortalidade manteve-se exatamente a mesma (6,3 por 100.000). É também notável a estabilização na taxa de incidência, bem como a manutenção das principais tendências da epidemia. Tomando-se o ano de 2002 como referência para a análise de incidência, foram diagnosticados 22.295 casos no Brasil, com taxa de incidência de 12,8/100.000 habitantes, indicando uma redução de 13,5% nessa taxa em relação ao ano de 2001. A região Sul mantém-se como a região com as taxas de incidência mais elevadas, porém, como todas as demais, apresenta redução nas taxas. A cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, ocupa a nonagésima colocação entre os cem municípios brasileiros com maior número de casos de AIDS notificados entre os anos de 1980 a 2003. Dentro do Rio Grande do Sul, configura como a décima colocada (3).

O Ministério da Saúde, através da CN-DST/AIDS, tem desenvolvido o Programa “Integração da Assistência adequada aos portadores do HIV/AIDS” que consiste na implantação de formas alternativas de atendimento a estes pacientes. Desta forma, à implementação de serviços de assistência tradicionais, através do credenciamento de hospitais convencionais e treinamento de equipes, somam-se a implantação de projetos de Serviço de Assistência Especializada (SAE), Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). No Brasil, o desenvolvimento de atividades de HD para atendimento aos portadores do HIV/AIDS, iniciou-se na década de 90 e constitui-se em uma alternativa assistencial aos pacientes candidatos ao regime de hospitalização convencional. O HD desempenha atividades diagnóstico-terapêuticas que permitem a assistência aos pacientes que necessitem de intervenções em ambiente hospitalar, passíveis de serem efetuadas em um período de tempo limitado (2 a 8 h). Deverá apresentar grau de resolutividade diagnóstico-terapêutica semelhante ao do hospital tradicional, mantendo a qualidade assistencial em nível igual ou superior ao da internação convencional. Por outro lado, o HD tem como objetivo secundário diminuir o número de internações convencionais, o índice de ocupação e o período de permanência nos leitos hospitalares, resultando em redução de custos para o SUS (4). Segundo Hernando et al. em estudo longitudinal conduzido em pacientes com AIDS, a incidência de admissões hospitalares diminuiu em vista da existência do HD. Este

impacto positivo foi mais evidente em pacientes com valores de CD4 abaixo de duzentas células por milímetro cúbico (5).

O HD, como serviço participante do Programa de “Integração da Assistência Adequada aos Portadores do HIV/AIDS”, deverá constituir-se em elemento facilitador ao mecanismo de inter-relação entre os demais serviços que compõem o programa. Desta forma, inter-relacionando-se, inicialmente, com hospitais convencionais, o HD deverá constituir-se em suporte assistencial aos pacientes encaminhados pelo SAE e pela ADT. A proposta é que portadores do HIV/AIDS tenham acesso a diferentes níveis de complexidade de assistência, segundo a demanda provocada pela evolução da doença. Preconiza-se, porém, que estes diferentes níveis estejam integrados a um sistema de referência e contra-referência estruturado, que ao assegurar o seguimento dos pacientes por equipes fixas, proporcionem uma melhoria na qualidade do acompanhamento e na adesão ao tratamento (4).

Atividades desenvolvidas no HD visam à melhoria do indivíduo globalmente. O suporte clínico, nutricional, psicológico, entre outros, através de equipe multidisciplinar, a orientação e aconselhamento familiar quando necessárias e a estrutura diagnóstico-terapêutica disponibilizada através do Hospital-Dia, possibilitam um atendimento humanizado.

No município de Pelotas existe um Hospital-Dia que funciona dentro do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas sendo referência loco regional nesta modalidade para Pelotas. Foi fundado em 1998 sendo viabilizado com o apoio do Banco Mundial - Ministério da Saúde, em convênio com a Coordenação Municipal de DST/AIDS - Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social e Secretaria Estadual de Saúde.

A AIDS tem se tornado objeto de interesse por parte de psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental essencialmente por duas razões: o tropismo do HIV pelo sistema nervoso central (SNC) e o impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da infecção nos indivíduos afetados (6). Síndromes depressivas são os distúrbios mentais mais prevalentes associadas à infecção pelo HIV (7).

A depressão constitui-se em uma condição médica comum, crônica e recorrente. Está freqüentemente associada à incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. A morbi-mortalidade associada à depressão pode ser em boa parte prevenida (em torno de 70%) com o tratamento correto (8). Portanto, faz-se necessária uma investigação para diagnosticar esta condição já que a depressão é uma doença com alto índice de melhora quando tratada, inclusive em indivíduos infectados pelo HIV (6).

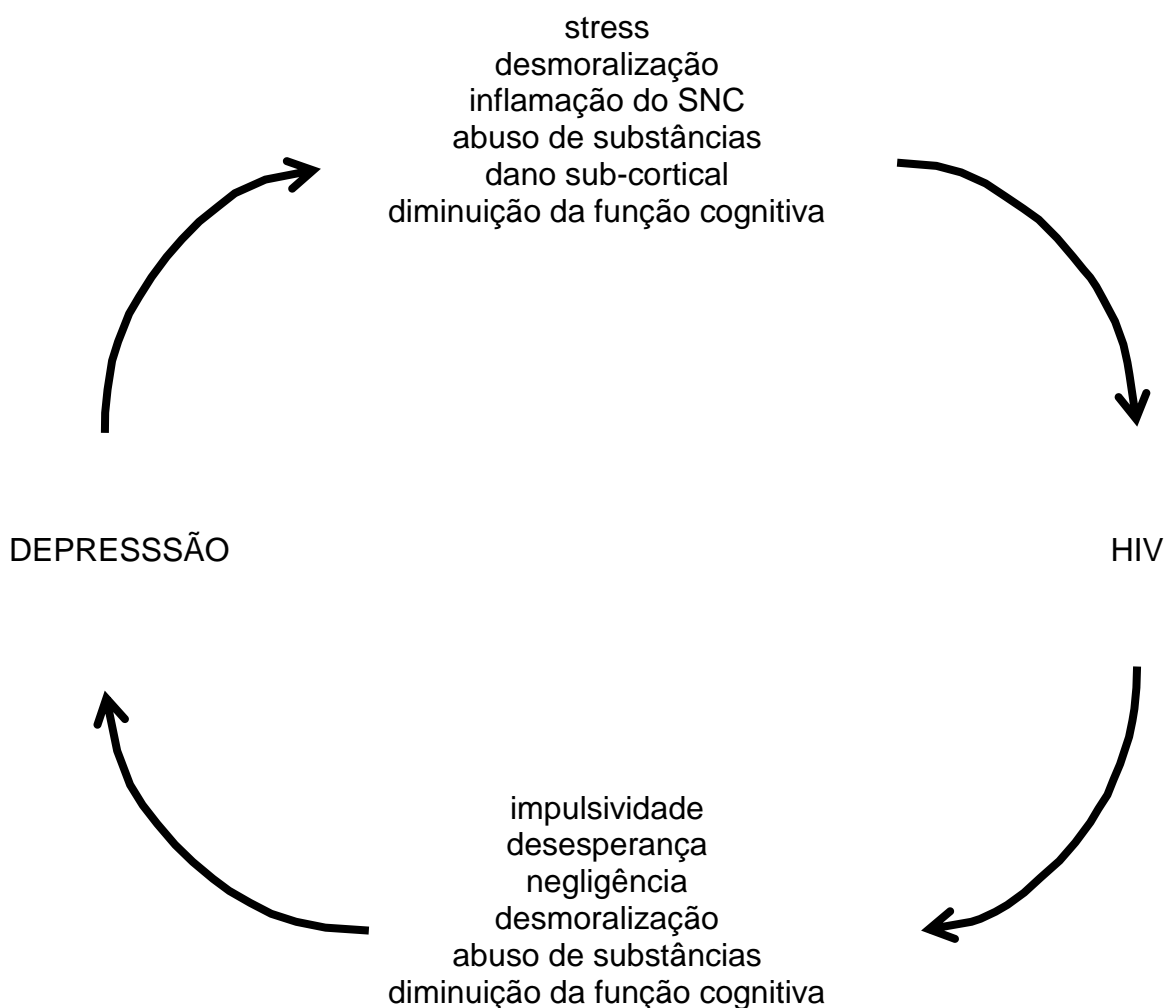
A depressão maior em pacientes HIV positivos está associada a vários fatores: 1. descoberta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela imposta e as complexas questões psicossociais envolvidas; 2. invasão do sistema nervoso central pelo HIV por infecções oportunistas ou tumores intracranianos; 3. desencadeamento de episódio depressivo em populações vulneráveis (homossexuais e usuários de drogas injetáveis) (6).

A capacidade de diagnosticar distúrbios psiquiátricos, incluindo os distúrbios de humor, aumentou substancialmente no decorrer da epidemia. Pacientes identificados logo após a soroconversão estão convivendo com o HIV numa média de dez a doze anos. Isto permite que sintomas psiquiátricos tenham um período mais longo para se manifestar e atrair a atenção médica, principalmente anterior à AIDS. Proporciona, igualmente, um período maior no qual o diagnóstico e tratamento psiquiátrico podem potencialmente significar uma diferença na qualidade de vida, atividades diárias, curso da infecção pelo HIV, e comportamentos de risco. Finalmente, há ênfase no sentido de uma presença psiquiátrica no ambiente de cuidados a estes indivíduos, visto o incremento, na identificação de impacto, dos distúrbios psiquiátricos nos pacientes portadores do HIV (9).

Os sintomas depressivos podem representar uma reação emocional transitória ou manifestações centrais de síndromes clínicas, tais como depressão maior, distímia ou distúrbios de ajustamento com humor deprimido (7). Uma meta-análise de dez artigos publicados entre 1988 a 1998 concluiu que pacientes HIV positivos têm praticamente duas vezes mais risco de

desenvolverem depressão maior em comparação a pacientes não portadores, independente de orientação sexual ou comportamento de risco (10).

Sintomas depressivos podem induzir pacientes a apresentarem comportamento de risco como o uso de drogas injetáveis e contribuir para a não adesão medicamentosa. De fato, a depressão pode levar o indivíduo a tornar-se infectado pelo HIV, concentrando uma proporção alta de pacientes deprimidos na unidade de tratamento clínico, que poderá influenciar os demais no sentido da não adesão aos anti-retrovirais e da profilaxia das infecções oportunistas, resultando em uma população mais enferma. Pacientes mais doentes estão mais desmoralizados pela sua enfermidade, o que pode piorar a depressão. Um círculo vicioso é, portanto, perpetuado (11).



**Figura 1.** Inter-relacionamento de sintomas depressivos e infecção pelo HIV. SNC - sistema nervoso central.

## 1.1 ESCALAS BECK

As escalas Beck, que é como são denominadas quatro medidas escalares – o Inventário de Depressão (BDI), o Inventário de Ansiedade (BAI), a Escala de Desesperança (BHS) e a Escala de Ideação Suicida (BSI) – foram desenvolvidas por Beck e seus colegas no Center for Cognitive Therapy (CCT) da Universidade de Pennsylvania, Philadelphia, Estados Unidos. Já os manuais originais são de autoria de Beck e Steer /1991,1993 (12).

### 1.1.1 Inventário de Depressão Beck

O BDI (Beck Depression Inventory) é a sigla pela qual é universalmente conhecido o instrumento Inventário de Depressão, para medida da intensidade da depressão, um dos primeiros recursos dimensionais desse tipo (12). A versão validada do BDI para o português foi realizada por Gorestein e Andrade (13).

Foi inicialmente desenvolvida como uma escala sintomática de depressão para uso com pacientes psiquiátricos. Muitos estudos sobre suas propriedades psicométricas foram realizadas nos anos seguintes ao seu aparecimento passando a ser utilizado amplamente, tanto na área clínica como na de pesquisa e mostrando-se um instrumento útil também para a população geral (12).

É uma escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão. Os itens do BDI se referem a: 1. Tristeza; 2. Pessimismo; 3. Sentimento de Fracasso; 4. Insatisfação; 5. Culpa; 6. Punição; 7. Auto-aversão; 8. Auto-acusações; 9. Idéias suicidas; 10. Choro; 11. Irritabilidade; 12. Retraimento social; 13. Indecisão; 14. Mudança na auto-imagem; 15. Dificuldade de trabalhar; 16. Insônia; 17. Fatigabilidade; 18. Perda de apetite; 19. Perda de peso; 20. Preocupações somáticas; 21. Perda da libido. Na versão em português, o conteúdo dos itens se mantém idêntico.

O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. O escore total permite a classificação de níveis de intensidade da depressão.

Segundo Beck e Steer, o BDI é indicado para sujeitos de 17 a 80 anos, embora cite a existência de pesquisas desenvolvidas aquém e além desse período etário (12).

Estudo de Fachel & Camey selecionou uma amostra constituída por 148 pacientes com episódio depressivo maior e 148 com transtorno distímico, sem co-morbidade, sendo, em cada grupo, 27 do sexo masculino e 121 do sexo feminino, emparelhados em termos de idade. O propósito era de classificar os indivíduos como doentes ou não-doentes (presença ou ausência de episódio depressivo maior), utilizando o diagnóstico psiquiátrico como padrão ouro, para definir os grupos e usando o BDI, na versão em português, como teste diagnóstico, categorizado como positivo (escore total em nível moderado ou grave) ou negativo (escore total em nível mínimo ou leve), a partir do ponto de corte de 20. A partir dos dados do estudo, foi possível afirmar que utilizando um ponto de corte de 20, o BDI tem uma sensibilidade de 0,77 e uma especificidade de 0,95, produzindo, pois, 23% de falsos negativos e apenas 5% de falsos positivos, portanto, uma proporção baixa.(12)

Estimativas de fidedignidade do BDI baseadas no coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) revelaram valores que variaram de 0,77 a 0,92 em amostra médico-clínica (portadores do vírus HIV apresentaram  $\alpha$  0,85).

### **Administração, Escore e Interpretação do BDI**

A escala é auto-administrada. Utiliza-se a administração oral, quando o examinador presume que o examinado pode necessitar de ajuda ou se encontra impossibilitado de ele mesmo assinalar suas respostas. A estimativa do tempo para completar os protocolos, constante nos manuais americanos, é levemente inferior ao tempo observado em grupos clínicos e

não-clínicos, quando foi utilizada a versão em português. No decorrer da história do BDI, as instruções foram modificadas. Na versão que teve tradução em português, solicita-se ao examinando que escolha a alternativa “que descreve melhor a maneira com que (...) tem se sentido na última semana, inclusive hoje”. A intenção é de que o instrumento constitua uma medida de “traço mais persistente”, e não apenas do estado de humor no dia em que o BDI é administrado (12).

Obtêm-se o escore total do BDI, somando os escores de cada item, correspondentes às alternativas assinaladas pelos examinandos nos 21 itens. Cada grupo apresenta quatro alternativas, que podem ter escore 0, 1, 2, ou 3. O maior escore possível é 63, porque, no caso de o examinando ter marcado mais de uma opção, se usa a afirmação com a avaliação mais alta para calcular o escore total. Por outro lado, se o examinando indicou que deliberadamente está tentando perder peso no item 19 do BDI, então, o escore desse item não é somado no escore total.

Os primeiros pontos de corte do BDI original se basearam em avaliações clínicas de depressão correspondendo a determinados escores. No manual original, diferentes pontos de corte foram sugeridos para avaliar a intensidade da depressão em pacientes deprimidos: de 0-9, depressão mínima; 10-16, leve; 17-29, moderada; 30-63, severa. Não obstante, os autores acreditam que os pontos de corte possam variar conforme o propósito do examinador e a amostra.

Os pontos de corte, calculados com base nos dados de pacientes nos quais foi administrada a versão do BDI em português, são mais elevados do que os apresentados no manual original e constam na tabela a seguir:



**Níveis dos escores do BDI, para pacientes psiquiátricos, quando é empregada a versão em português :**

<b>Nível</b>	<b>Escores</b>
Mínimo	0-11
Leve	12-19
Moderado	20-35
Grave	36-63

O BDI é uma medida da intensidade da depressão. Assim sendo, não é indicado para identificar categorias nosológicas, mas pode oferecer importantes subsídios do ponto de vista clínico, não só pelo nível em que recai o escore total, mas em relação ao conteúdo específico da configuração assumida pelos itens assinalados, que revela o padrão sintomático que o examinando descreve.

No protocolo, deve-se dar uma atenção especial à avaliação feita no item 2, o item de Pessimismo, e no item 9, de Idéias suicidas, dada a sua relevância para estimar a existência de potencial suicida, especialmente, em pacientes depressivos.

### **1.1.2 Inventário de Ansiedade Beck**

O BAI é uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. O Inventário é constituído por 21 itens, que são *“afirmações descritivas de sintomas de ansiedade”* e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos, que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1. “Absolutamente não”; 2. “Levemente: não me incomodou muito”; 3. “Moderadamente: Foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4. “Gravemente: Dificilmente pude suportar”.

Os itens, incluídos por Beck & Steer são os seguintes: 1. Dormência ou formigamento; 2. Sensação de calor; 3. Tremores nas pernas; 4. Incapaz de relaxar; 5. Medo que aconteça o pior; 6. Atordoado ou tonto; 7. Palpitações ou aceleração do coração; 8. Sem equilíbrio; 9. Aterrorizada; 10. Nervoso; 11. Sensação de sufocação; 12. Tremores nas mãos; 13. Trêmulo; 14. Medo de perder o controle; 15. Dificuldade de respirar; 16. Medo de morrer; 17. Assustado; 18. Indigestão ou desconforto no abdômen; 19. Sensação de desmaio; 20. Rosto afogueado; 21. Suor (não devido ao calor).

O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. O escore total permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade.

Estimativas de fidedignidade do BAI baseadas no coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) revelaram valores que variaram de 0,75 a 0,92 em amostra médico-clínica.

## **Administração, Escore e Interpretação do BAI**

A escala é auto-administrada. Utiliza-se a administração oral, quando o examinador presume que o examinando pode necessitar de ajuda ou se encontra impossibilitado de ele mesmo assinalar suas respostas.

Ainda que as alternativas de respostas oferecidas ao examinando sejam de caráter qualitativo, na realidade constituem uma série escalar, de 0 a 3 pontos para as quatro possíveis alternativas. Assim, para cada item atribui-se um escore individual. A soma dos escores individuais representa o escore total, que pode variar entre 0 e 63.

Os pontos de corte calculados com base nos dados de pacientes com transtornos de ansiedade, aos quais foi administrada a versão em português, são mais elevados do que os apresentados no manual original e constam da tabela a seguir:

**Níveis dos escores do BAI, para pacientes psiquiátricos, quando é empregada a versão em português :**

<b>Nível</b>	<b>Escore</b>
Mínimo	0-10
Leve	11-19
Moderado	20-30
Grave	31-63

Estudos da equipe Beck apontaram para o fato de que um exame dos sintomas descritos pelo paciente fornece um padrão das queixas auto-relatadas, quer predominem queixas somáticas (que podem ser consideradas de um ponto de vista médico), quer queixas associadas a aspectos de ansiedade subjetiva ou associada ao pânico. Portanto, examinar grupos específicos de sintomas, conforme os autores, pode favorecer a realização de um diagnóstico diferencial.

### **1.1.3 Estudo dos pontos de corte dos instrumentos com a versão em português**

Examinando as médias do BDI e do BAI, constatadas nas amostras normativas utilizadas no desenvolvimento das escalas, e as médias observadas nos grupos em que foi usada a versão em português dos instrumentos, nota-se que os valores médios encontrados no Brasil são aparentemente mais elevados, o que provavelmente se deve a fatores sócio-culturais. A consideração dos níveis de intensidade é sobretudo importante, principalmente no caso do BDI, já que se pode pressupor a presença de indícios de uma depressão clínica, em casos com escore total classificado como moderado ou grave (12).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Avaliar impacto do Hospital-Dia no estado emocional de pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Dia/ Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

1. Avaliar mudanças nos níveis de depressão e ansiedade nos pacientes usuários do Hospital-Dia, através de teste e re-teste de instrumento padronizado.
2. Identificar a prevalência de intensidade dos sintomas depressivos e de ansiedade nos usuários do Hospital-Dia.
3. Identificar e avaliar frequência de uso de antidepressivos e ansiolíticos nesta população.
4. Identificar dados demográficos, sócio-econômicos, fatores comportamentais/hábitos, características da doença e da internação no Hospital-Dia.

### **3 HIPÓTESES**

1. Existe uma melhora nos níveis de depressão e ansiedade dos pacientes HIV/AIDS após acompanhamento no Hospital-Dia.
2. A prevalência de depressão é maior entre os pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Dia em relação à população não portadora do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 DELINEAMENTO**

Este estudo será um ensaio clínico não-controlado.

### **4.2 POPULAÇÃO-ALVO**

Serão incluídos no estudo indivíduos infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 17 anos, independente do uso de anti-retrovirais ou outros regimes terapêuticos concorrentes, atendidos no Hospital-Dia/ Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas.

#### **4.2.1 Critérios de Exclusão**

- # paciente com diagnóstico de encefalopatia pelo HIV (demência);
- # paciente com indicação de internação hospitalar em leito convencional, durante o tratamento no Hospital-Dia;
- # paciente que procurar o hospital-dia apenas para o fornecimento de medicação.

### **4.3 AMOSTRAGEM**

Foi aplicado o teste t pareado para o cálculo de tamanho da amostra. Esta se baseou no escore médio inicial e final do Inventário de Depressão Beck (Escore médio inicial = 19,83 Escore médio final = 12,66) aplicado em trinta pacientes durante o projeto piloto. A magnitude de efeito

calculada foi de 7,16 com um desvio-padrão de 12,17 obtido a partir da média do desvio padrão inicial e final (desvio-padrão inicial = 13,00 desvio-padrão final = 11,35), um  $\alpha$  de 0,05 e um  $\beta$  de 0,20. A magnitude padronizada foi de 0,58 correspondendo a quarenta e cinco indivíduos com um acréscimo de 30% para eventuais perdas, totalizando cinqüenta e nove pacientes.

#### 4.4 INSTRUMENTOS

1. Serão utilizadas duas escalas: Inventário de Depressão Beck e o Inventário de Ansiedade Beck – versão em Português (anexo).
2. Questionário padronizado com perguntas sobre dados demográficos, sócio-econômicos - classe social definida pela ABIPEME – (14) e melhora no estado de saúde após acompanhamento no HD (anexo).
3. Pesquisa em prontuário médico para obtenção de níveis de CD4 e carga viral, motivo de internação no HD e intervenção realizada, tempo de soropositividade, forma de contaminação e medicações em uso (ARV + tratamentos concomitantes).
4. Versão validada para o português do instrumento CAGE (15).

#### 4.5 DESFECHO PRINCIPAL

Avaliar mudanças, pelo critério **melhora/não-melhora**, nos níveis de depressão e ansiedade dos pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Dia do Hospital Escola /UFPEL no município de Pelotas. Será considerada **melhora**, pacientes que apresentarem redução nos seus níveis em comparação à categoria basal. A **não-melhora** representará pacientes que permaneceram na mesma categoria ou apresentaram piora na intensidade dos sintomas finais passando a um nível mais alto em relação ao basal. Os níveis de depressão e ansiedade estão expostos nos quadros 1 e 2, respectivamente, dispostos no final desta seção.

## **4.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

Serão coletadas variáveis demográficas, sócio-econômicas, comportamentais/hábitos, características da doença/internação Hospital-Dia. Estas variáveis estão descritas nos quadros 3 a 5, dispostos no final desta seção.

## **4.7 PESSOAL**

As entrevistas, re-entrevistas, aplicação de questionários e pesquisa em prontuário médico será feita pela pesquisadora.

## **4.8 ESTUDO PILOTO**

Será realizado no Hospital-Dia/Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas por um período de três meses.

## **4.9 LOGÍSTICA**

Os pacientes, à medida que se apresentarem ao HD, serão convidados a participarem do estudo. Havendo concordância, o indivíduo assinará um termo de consentimento pós-informado (anexo). Inicialmente o paciente responderá ao Inventário de Depressão Beck, ao Inventário de Ansiedade Beck e um questionário padrão sobre dados demográficos e sócio-econômicos. Ao final do acompanhamento, responderá novamente ao Inventário de Depressão Beck, Inventário de Ansiedade Beck e à pergunta que faz referência a melhora em seu estado de saúde (aplicada apenas no re-teste).

Motivo de atendimento e intervenção realizado no HD, tempo que sabe ser soropositivo, forma de contaminação, níveis de CD4 e carga viral, uso de anti-retrovirais, antidepressivos/ansiolíticos ou outras medicações concomitantes será retirado de prontuário médico.



Pacientes serão incluídos no estudo apenas uma vez, não importando o número de futuras visitas ao HD.

Aos indivíduos que não retornarem na data pré-determinada, haverá uma busca ativa decorrida duas semanas após o prazo. Esta busca dar-se-á, inicialmente, por até dois contatos telefônicos. Se mesmo assim o paciente não retornar, far-se-a uma visita domiciliar.

#### **4.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**

- # Checagem dos questionários
  
- # Revisão de codificação
  
- # Digitação no SPSS 8.0
  
- # Limpeza dos dados para identificar e corrigir inconsistências de codificação, revisão e digitação, através da obtenção de frequências das variáveis coletadas pelo programa SPSS 8.0.
  
- # Para a análise estatística dos dados será utilizado o programa SPSS 8.0. para realizar a análise univariada, bivariada e o teste t para amostras pareadas.

**QUADRO 1 - Escore de Depressão**

<b>Variável</b>	<b>Escala de coleta</b>	<b>Escala de Análise</b>
Escore de depressão	Mínimo	0 - 11
	Leve	12 - 19
	Moderado	20 - 35
	Grave	36 – 63

**QUADRO 2 - Escore de Ansiedade**

<b>Variável</b>	<b>Escala de coleta</b>	<b>Escala de Análise</b>
Escore de ansiedade	Mínimo	0 - 10
	Leve	11 - 19
	Moderado	20 - 30
	Grave	31 – 63

**QUADRO 3. Variáveis Demográficas e Sócio-econômicas**

<b>Variável</b>	<b>Escala de coleta</b>	<b>Escala de Análise</b>
Escolaridade	anos completos	0 – 3 anos 4 – 7 anos 8 – 11 anos 12 ou mais
Classe social	ABIPEME	A – B – C – D – E
Aposentadoria/ benefício	sim ou não	sim ou não
Trabalhou no último mês	sim ou não	sim ou não
Vínculo empregatício	empregado com carteira assinada; empregado sem carteira assinada; negócio próprio; biscate.	empregado com carteira assinada; empregado sem carteira assinada; negócio próprio; biscate.
Idade	anos completos	17 – 27 anos 28 – 38 anos 39 – 49 anos 50 – 60 anos acima de 60 anos
Raça	branca – não branca	branca – não branca
Estado civil	solteiro; casado/companheiro; viúvo; separado; divorciado.	solteiro; casado/companheiro; viúvo; separado; divorciado.
Gênero	masculino – feminino	masculino – feminino
Ocupação	do lar; profissional liberal; funcionário público; empregado do setor privado; aposentado; desempregado; outro.	do lar; profissional liberal; funcionário público; empregado do setor privado; aposentado; desempregado; outro.

**QUADRO 4. Variáveis Comportamentais/Hábitos**

<b>Variável</b>	<b>Escala de coleta</b>	<b>Escala de Análise</b>
Tabagismo	sim ou não	sim ou não
Abuso de álcool	CAGE	sim ou não
Forma de contaminação	relação heterossexual; relação homossexual; uso de drogas injetáveis; transfusão sangüínea/hemoderivados; acidente de punção; desconhecida; outra.	relação heterossexual; relação homossexual; uso de drogas injetáveis; transfusão sangüínea/hemoderivados; acidente de punção; desconhecida; outra.

**QUADRO 5. Características da doença/Internação Hospital-Dia**

Variável	Escala de coleta	Escala de Análise
Níveis de CD4	Números	≥500 cel/mm <sup>3</sup> 200 – 499 cel/mm <sup>3</sup> <200 cel/mm <sup>3</sup>
Carga viral	números	Indetectável 50 – 10.000 cópias/ml 10.001 – 25.000 cópias/ml 25.001 – 40.000 cópias/ml 40.001 – 55.000 cópias/ml > 55.001 cópias/ml
Uso de antidepressivo. Qual?	sim ou não	sim ou não
Uso de ansiolítico. Qual?	sim ou não	sim ou não
Tempo soropositivo	meses/anos	___ meses 1 a 3 anos 4 a 6 anos 7 a 9 anos 10 anos ou mais
Uso de ARV Quais?	sim ou não	sim ou não
Tratamento(s) concomitante(s). Qual/Quais?	sim ou não	sim ou não
Melhora no estado de saúde após acompanhamento HD	sim ou não	sim ou não
Motivo da internação no HD		
Intervenções realizadas no HD	medicação; reposição hidroeletrólítica; transfusão sang/hemoderivados; curativos; exame diagnóstico.	medicação; reposição hidroeletrólítica; transfusão sang/hemoderivados; curativos; exame diagnóstico.

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto será submetido à Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL. Será solicitado consentimento informado por escrito aos participantes do estudo, e também, ao seu responsável legal, no caso do pesquisado ter 21 anos ou menos. Todos os pacientes participantes do estudo serão informados a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo, convidados a participar e informados que, todas as informações prestadas serão mantidas sob sigilo médico. Serão também orientados que mesmo não participando do estudo ou retirando-se deste, seu tratamento não será prejudicado.

Os casos que atingirem um escore, no primeiro teste, onde se pode pressupor um diagnóstico de depressão clínica ou a existência de potencial suicida serão encaminhados ao Serviço de Assistência Especializada (SAE) com uma carta (anexo) para avaliação e conduta. O termo de consentimento está descrito na sessão de anexos.

## **6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

A divulgação do resultado do estudo será realizada através dos meios de comunicação, à população estudada, à comunidade e, por intermédio de relatório, à FAPERGS. Igualmente importante, será a divulgação para a comunidade científica através de artigo publicado em revista científica.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Report on the global AIDS epidemic. Executive Summary. Acessado 07/07/2004. <http://www.unaids.org>
2. Steinbrook R: The AIDS Epidemic in 2004. Acessado 08/07/2004. <http://www.nejm.org>
3. Boletim Epidemiológico AIDS Ano XVII nº 01- 01 à 52 Semanas epidemiológicas Janeiro a dezembro de 2003
4. Hospital-Dia. Acessado 01/06/2004. <http://www.aids.gov.br>
5. Asunción H, Federico P, Pena JM, Alberdi JC, González-Garcia J, Rubio R, Arribas JR, Costa JR, Vázquez JJ, Palácio A: Influencia del hospital de día em los requerimientos de ingreso hospitalario de los pacientes con sida. Medicina Clinica 2000; 114:690-693
6. Malbergier A, Schöffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. Rev Bras Psiquiatr 2001; 23 (3):160-167
7. Starace F, Ammassari A, Trotta MP, Murri R, De Longis P, Izzo C, Scalzini A, D'Arminio Monforte A, Wu AW, Antinori A: Depression Is a Risk Factor for Suboptimal Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2002; 31: S136-S139
8. Fleck MP de A, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF: Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(2):114-122
9. Treisman G, Fishman M, Schwartz J, Hutton H, Lyketsos C: Mood Disorders in HIV Infection. Depression and Anxiety 1998; 7: 178-187
10. Ciesla JA, Roberts JE: Meta-Analysis of the Relationship Between HIV Infection and Risk for Depressive Disorders. Am J Psychiatry 2001;158: 725-730
11. Angelino AF: Depression and Adjustment Disorder in Patients with HIV Disease. Topics in HIV Medicine 2002; Vol 10 (5):31-35.
12. Cunha JA: Manual da versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
13. Gorestein C, Andrade L: Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 1996; 29: 453-457
14. Rutter M. Pesquisa de Mercado. São Paulo: Editora Ática; 1988
15. Masur J, Monteiro MG: Validation of the "CAGE" Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting. Brazilian J Med Biol Res 1983;16:215-218



# **ANEXOS**

**Universidade Católica de Pelotas**  
**Mestrado em Saúde e Comportamento**  
**Impacto do Hospital-Dia nos níveis de Depressão e Ansiedade de**  
**pacientes HIV/AIDS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

**Estudo:** Impacto do Hospital-Dia nos níveis de Depressão e Ansiedade de pacientes HIV/AIDS

**Investigador responsável:** Adrienne Sassi

Atualmente a AIDS representa um grande desafio médico e científico. Dentre os transtornos do humor mais comumente observados em indivíduos infectados pelo HIV, prevalece a depressão. Faz-se necessária a sua investigação, já que representa uma doença com alto índice de melhora quando tratada. Nosso estudo pretende avaliar os níveis de depressão e ansiedade dos pacientes atendidos no Hospital-Dia e verificar se o atendimento nesta unidade altera, de alguma forma, estes níveis.

**PROCEDIMENTOS:** Fui informado que responderei dois questionários – um para definir níveis de depressão e outro para definir níveis de ansiedade. Responderei perguntas sobre dados demográficos, sócio-econômicos, alcoolismo e tabagismo. Dados referentes à minha doença serão retirados de prontuário médico.

**BENEFÍCIOS:** Poderá ser identificado um quadro de depressão ou ansiedade sem tratamento, para o qual serei encaminhado para o devido acompanhamento, no Serviço de Assistência Especializada (SAE/UFPEL). Esta informação ficará disponível para o meu médico assistente.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento. Isto não implicará em prejuízo, de nenhuma natureza, no meu acompanhamento de saúde no Hospital-Dia (Hospital-Escola/UFPEL).

**DESPESAS:** Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos.

**CONFIDENCIALIDADE:** Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

**INFORMAÇÃO ATUALIZADA:** Durante o transcorrer do estudo, terei acesso a informação atualizada sobre a pesquisa, ainda que isto possa afetar a minha vontade de continuar participando do estudo.

**CONSENTIMENTO:** Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Consentimento Pós-Informado será assinado pro mim, e meu responsável quando necessário, e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA RESPONSÁVEL (se necessário): \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2004

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR:** Expliquei a natureza, objetivos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O pesquisado compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento.

ASS. DO INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p><b>1</b> 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2</b> 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p><b>3</b> 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p><b>4</b> 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p><b>5</b> 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p><b>6</b> 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p><b>7</b> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p><b>8</b> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p><b>9</b> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10</b> 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p><b>11</b> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p><b>12</b> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p><b>13</b> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1

**CONTINUAÇÃO NO VERSO**

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.  
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.  
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p><b>14</b> 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p><b>15</b> 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p><b>16</b> 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p><b>17</b> 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p><b>18</b> 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p><b>19</b> 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____Não_____</p> <p><b>20</b> 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p><b>21</b> 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	--

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 2

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1

\_\_\_\_\_ Score Total.



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

**Universidade Católica de Pelotas**  
**Mestrado em Saúde e Comportamento**  
**Impacto do Hospital-Dia nos níveis de Depressão e Ansiedade de**  
**pacientes HIV/AIDS**

<p>1. Qual sua idade?</p> <p>(1) 17 – 27 anos  (2) 28 – 38 anos  (3) 39 – 49 anos  (4) 50 – 60 anos  (5) mais de 60 anos</p>	<p>IDADE_____</p>												
<p>2. Gênero?</p> <p>(1) masculino  (2) feminino</p>	<p>GENERO_____</p>												
<p>3. Qual sua raça?</p> <p>(1) branca  (2) não-branca</p>	<p>RAÇA_____</p>												
<p>4. Qual seu estado civil?</p> <p>(1) solteiro  (2) casado/companheiro  (3) viúvo  (4) separado  (5) divorciado</p>	<p>ESTCIVIL_____</p>												
<p>5. Quantos anos completos de estudo você têm?</p> <p>(1) 0 – 3 anos  (2) 4 – 7 anos  (3) 8 – 11 anos  (4) 12 anos ou mais</p>	<p>ESCOL_____</p>												
<p>6. Classe Social: De acordo com a soma dos pontos obtidos nos itens 6.1 e 6.2, classificar as famílias em:</p> <table style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th><b>Soma dos pontos</b></th> <th><b>Classe</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 – 19</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>20 – 34</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>35 – 58</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>59 – 88</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>89 e mais</td> <td>A</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Soma dos pontos</b>	<b>Classe</b>	0 – 19	E	20 – 34	D	35 – 58	C	59 – 88	B	89 e mais	A	<p>CSOCIAL_____</p>
<b>Soma dos pontos</b>	<b>Classe</b>												
0 – 19	E												
20 – 34	D												
35 – 58	C												
59 – 88	B												
89 e mais	A												

<p><b>6.1</b> Quantos têm na sua casa?  <input type="checkbox"/> doméstica mensalista   <input type="checkbox"/> carro   <input type="checkbox"/> TV colorida  <input type="checkbox"/> banheiro   <input type="checkbox"/> rádio   <input type="checkbox"/> videocassete/DVD  <input type="checkbox"/> lavadora de roupa   <input type="checkbox"/> refrigerador  <input type="checkbox"/> aspirador de pó</p> <p><b>6.2</b> Escolaridade do chefe de família (anos completos de escola):  <input type="checkbox"/> Zero a três anos  <input type="checkbox"/> Quatro a sete anos  <input type="checkbox"/> Oito a dez anos  <input type="checkbox"/> Onze a quatorze anos  <input type="checkbox"/> Universidade</p>	<p>PONT _____</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>PONT _____</p>
<p><b>7.</b> Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?  (1) sim  (2) não</p>	
<p><b>8.</b> As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?  (1) sim  (2) não</p>	
<p><b>9.</b> O Sr. sente-se culpado/chateado com o Sr. mesmo pela maneira como costuma beber?  (1) sim  (2) não</p>	
<p><b>10.</b> O Sr. costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?  (1) sim  (2) não</p>	

**APÓS O ENTREVISTADO RESPONDER AS QUESTÕES 7-8-9-10, ANALISAR SEUS RESULTADOS; DUAS OU MAIS RESPOSTAS POSITIVAS INDICAM ABUSO DE ÁLCOOL, PORTANTO MARCAR ABAIXO A ALTERNATIVA ADEQUADA:**

<p><b>11.</b> Abuso de álcool:  (1) sim  (2) não</p>	<p>ABUSOALC_____</p>
--	----------------------



<p><b>12. Você fuma?</b>  (1) sim  (2) não</p>	<p>FUMO _____</p>
<p><b>13. Qual sua ocupação?</b>  (1) do lar  (2) profissional liberal  (3) funcionário público  (4) empregado do setor privado  (5) aposentado  (4) desempregado  (5) outro _____</p>	<p>OCUP _____</p>
<p><b>14. Trabalhou neste último mês?</b>  (1) sim  (2) não</p> <p><b>Se a resposta da questão 14 for sim (1), segue a seguinte pergunta:</b></p> <p><b>14.1 Qual foi o vínculo com este trabalho?</b>  (1) como empregado com carteira assinada  (2) como empregado sem carteira assinada  (3) em negócio próprio  (4) em “biscates”</p>	<p>TRABMES _____</p> <p>VINC _____</p>
<p><b>15. Você está aposentado ou recebe algum benefício?</b>  (1) sim  (2) não</p>	<p>BENEF _____</p>
<p><b>16. Para ser questionada apenas no re-teste:</b>  Você notou alguma melhora, em seu estado de saúde, após seu acompanhamento no Hospital-Dia?  (1) sim  (2) não</p>	<p>MELSD _____</p>

**Universidade Católica de Pelotas**  
**Mestrado em Saúde e Comportamento**  
**Impacto do Hospital-Dia nos níveis de Depressão e Ansiedade de**  
**pacientes HIV/AIDS**

Informações retiradas de prontuário médico.

<b>1. Último CD4</b> (1) $\geq 500$ cel/mm <sup>3</sup> (2) 200-499 cel/ mm <sup>3</sup> (3) $< 200$ cel/ mm <sup>3</sup>	CD4_____
<b>2. Última carga viral</b> (1) indetectável (2) 50 – 10000 cópias/ ml (3) 10001 – 25000 cópias/ ml (4) 25001 – 40000 cópias/ ml (5) 40001 – 55000 cópias/ ml (6) $> 55000$ cópias/ ml	CAVIRAL_____
<b>3. Usuário de antidepressivo?</b> (1) sim – qual? _____ (2) não	ANTIDEP_____
<b>4. Usuário de ansiolítico?</b> (1) sim – qual? _____ (2) não	ANSIO_____
<b>5. Doença/Motivo pelo qual encontra-se no Hospital-Dia:</b> _____	
<b>6. Tratamento(s) fornecido(s) no Hospital-Dia:</b> (1) Medicamento via oral Qual/Quais: _____ (2) Medicamento via parenteral Qual/Quais: _____ (3) Medicamento via retal Qual/Quais: _____ (4) Medicamento tópico Qual/Quais: _____ (5) Reposição hidroeletrolítica (6) Transfusão sanguínea/hemoderivados (7) Curativo (8) Exame diagnóstico Qual/Quais: _____ _____	TTOHD_____

<p><b>7. Tempo que é soropositivo:</b>  (1) menos de 1 ano  (2) 1 a 3 anos  (3) 4 a 6 anos  (4) 7 a 9 anos  (5) 10 anos ou mais</p>	TPOSPO_____
<p><b>8. Faz uso de ARV:</b>  (1) sim  (2) não  Quais: _____</p>	ARVUSO_____
<p><b>9. Outra(s) medicação(ções)?</b>  (1) sim  (2) não  Qual/Quais: _____</p>	OUTMED_____
<p><b>10. Forma de contaminação:</b>  (3) relação heterossexual  (4) relação homossexual  (5) uso de drogas injetáveis  (6) transfusão sanguínea/hemoderivados  (7) acidente de punção  (8) desconhecida  (9) outra:_____</p>	FRMCONT_____

**Universidade Católica de Pelotas**  
**Mestrado em Saúde e Comportamento**  
**Impacto do Hospital-Dia nos níveis de Depressão e Ansiedade de**  
**pacientes HIV/AIDS**

Pelotas, \_\_\_/\_\_\_/2004

Prezado colega do SAE,

O BDI (Beck Depression Inventory) é a sigla pela qual é universalmente conhecido o instrumento Inventário de Depressão, para medida da intensidade da depressão, um dos primeiros recursos dimensionais desse tipo (Beck et al., 1975).

A consideração dos níveis de intensidade é sobretudo importante, principalmente no caso do BDI, já que se pode pressupor a presença de indícios de uma depressão clínica, em casos com escore total classificado como moderado ou grave. Em função disto, e em concordância com o projeto de pesquisa intitulado **“IMPACTO DO HOSPITAL-DIA NOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE PACIENTES HIV/AIDS”** aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta faculdade e, em execução no Hospital-Dia, Hospital-Escola/UFPEL, estou encaminhando o(a) Sr.(a)\_\_\_\_\_ para avaliação e conduta no SAE por ter apresentado um escore, no instrumento Inventário de Depressão Beck, compatível com depressão\_\_\_\_\_.

Atenciosamente, e à disposição

---

Adrienne Sassi de Oliveira

**Universidade Católica de Pelotas**  
**Mestrado em Saúde e Comportamento**  
**Impacto do Hospital-Dia nos níveis de Depressão e Ansiedade de**  
**pacientes HIV/AIDS**

Pelotas, \_\_\_/\_\_\_/2004

Prezado colega do SAE,

O BDI (Beck Depression Inventory) é a sigla pela qual é universalmente conhecido o instrumento Inventário de Depressão, para medida da intensidade da depressão, um dos primeiros recursos dimensionais desse tipo (Beck et al., 1975). Assim sendo, não é indicado para identificar categorias nosológicas, mas pode oferecer importantes subsídios do ponto de vista clínico, não só pelo nível em que recai o escore total, mas em relação ao conteúdo específico da configuração assumida pelos itens assinalados, que revela o padrão sintomático que o examinando descreve. No protocolo, deve-se dar uma atenção especial à avaliação do item Pessimismo e Idéias suicidas, dada a sua relevância para estimar a existência de potencial suicida, especialmente, em pacientes depressivos. Deste modo, ressalta-se a importância clínica de uma avaliação de risco em pacientes com escore maior que 1, no item Pessimismo e no item Idéias suicidas. Em função disto, e em concordância com o projeto de pesquisa intitulado **“IMPACTO DO HOSPITAL-DIA NOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE DE PACIENTES HIV/AIDS”** aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta faculdade e, em execução no Hospital-Dia/UFPEL, estou encaminhando o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_ para avaliação e conduta no SAE, por ter apresentado escore \_\_\_\_\_ no item \_\_\_\_\_.

Atenciosamente, e à disposição

\_\_\_\_\_  
Adrienne Sassi de Oliveira

IMPACTO DO HOSPITAL-DIA NOS NÍVEIS DE DEPRESSÃO E  
ANSIEDADE DE PACIENTES HIV/AIDS.

ARTIGO

Adrienne Sassi de Oliveira

**Adrienne Sassi de Oliveira**

**Rua Prof. Araújo 1067/401**

**CEP 96020-360**

**Pelotas - RS**

## RESUMO

**Objetivo:** Determinar impacto das intervenções em Hospital-Dia no estado emocional de pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas.

**Métodos:** Um ensaio clínico “antes e depois” foi realizado com pacientes HIV/AIDS com idade mínima de 17 anos, os quais foram incluídos no estudo após assinatura de consentimento informado. Os entrevistados realizaram a primeira investigação através do Inventário de Depressão Beck (BDI) e Ansiedade Beck (BAI) e um questionário padrão sobre dados demográficos e sócio-econômicos. Dados referentes à doença e medicações foram obtidos de prontuário médico. Ao final do atendimento no HD, pacientes responderam novamente ao BDI e BAI. Avaliou-se o escore médio inicial e final dos pacientes que inicialmente encontravam-se nos níveis mínimo, leve, moderado e grave tanto para depressão quanto para ansiedade.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 64 pacientes HIV/AIDS. A idade média foi de 36 anos (dp 9,3); O tempo médio entre a primeira e a segunda entrevista foi de 14 dias (dp 8,9). Todos os níveis de depressão e as categorias leve e moderada, referentes à ansiedade, apresentaram redução dos escores com significância estatística ( $p < 0,05$ ). A melhora média dos escores iniciais e finais do BDI foi de 7,03 pontos (95% IC 5,51-8,55) e do BAI de 6,23 pontos (95% IC 4,10-8,37).

**Conclusões:** Este estudo identificou um impacto favorável do Hospital-Dia no estado emocional dos pacientes HIV/AIDS acompanhados no serviço sem a realização de intervenção psicoterápica.

**Palavras chave:** AIDS; HIV; Hospital-dia; Depressão; Ansiedade; Inventário de Depressão Beck; Inventario de Ansiedade Beck.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine impact of interventions in a day-hospital clinic on emotional status of HIV/AIDS patients attended at the School Hospital of the Federal University of Pelotas.

**Methods:** A before and after clinical assay was conducted with patients 17 years old or older who were included in the study after signing formal consent. Individuals answered, on their first interview, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) and a pattern questionnaire about demographic and social-economic factors. Information regarding their illness and current medication was withdrawn from medical charts. At the end of their follow-up, patients answered again the BDI and the BAI. Patients initially classified as presenting minimum, mild, moderate or severe levels of depression and anxiety had their initial and final mean scores evaluated.

**Results:** We included 64 HIV/AIDS patients in this study. The mean age ( $\pm$ SD) was 36 years (9,3). The mean time ( $\pm$ SD) between the first and second interview was 14 days (8,9). All depression levels and mild and moderate categories of anxiety presented reductions in scores with statistical significance ( $p < 0,05$ ). Mean improvement of initial and final BDI scores was 7.03 points (95% CI 5,51-8,55) and for BAI scores, 6,23 points (95%CI 4,10-8,37).

**Conclusions:** This study identified a favourable impact of the day-hospital clinic on HIV/AIDS patients' emotional state without psychotherapeutic intervention.

**Keywords:** AIDS; HIV; Day-hospital; Depression; Anxiety; Beck Depression Inventory; Beck Anxiety Inventory.



## INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) representam, atualmente, um dos maiores desafios em saúde pública. Apesar do aumento em investimentos, do comprometimento político e do incremento a acessibilidade ao tratamento do HIV, a epidemia da AIDS continua a passar à frente dos esforços mundiais. Nenhuma região do globo foi poupada (1). Dois terços dos infectados estão na África onde a epidemia explodiu nos anos noventa, e um quinto localiza-se na Ásia, onde níveis têm crescido rapidamente nos últimos anos. As formas de transmissão do HIV mudaram muito pouco ao longo dos anos: relações sexuais desprotegidas heterossexuais e homossexuais, uso de drogas injetáveis, injeções e transfusões sanguíneas sem procedimentos de segurança adequados e transmissão de mãe para filho durante a gestação, trabalho de parto e parto propriamente dito ou por aleitamento materno. A natureza específica da epidemia, no entanto, continua a variar igualmente entre regiões e dentro dos próprios países. Globalmente, a relação sexual desprotegida entre homens e mulheres é a forma predominante de transmissão do vírus, de acordo com o último relatório da Organização Mundial da Saúde 2004 (2). No ano de 2003 quase cinco milhões de pessoas foram infectadas com o vírus HIV, o maior número de infectados/ano desde o início da epidemia. Em níveis globais, o número de pessoas convivendo com o HIV continua a crescer – de trinta e cinco milhões em 2001 a trinta e oito milhões em 2003. Neste mesmo ano, quase três milhões de pessoas morreram vítimas da AIDS; mais de vinte milhões já morreram desde o primeiro caso de AIDS identificado em 1981 (1).

O Boletim Epidemiológico AIDS de janeiro a dezembro de 2003 apresenta os casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde até 31/12/2003. São 310.310 diagnósticos e notificações do início de 1980 até dezembro 2003, indicando um aumento de 20,4% em relação aos dados consolidados até dezembro de 2002(3).

A cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, ocupa a nonagésima colocação entre os cem municípios brasileiros com maior número de casos de AIDS notificados entre os anos de 1980 a 2003. Dentro do Rio Grande do Sul, configura como a décima colocada (3).

O Ministério da Saúde, através da CN-DST/AIDS, tem desenvolvido o Programa “Integração da Assistência adequada aos portadores do HIV/AIDS” que consiste na implantação de formas alternativas de atendimento a estes pacientes. Desta forma, à implementação de serviços de assistência tradicionais, através do credenciamento de hospitais convencionais e treinamento de equipes, somam-se a implantação de projetos de Serviço de Assistência Especializada (SAE), Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). No Brasil, o desenvolvimento de atividades de Hospital-Dia para atendimento aos portadores do HIV/AIDS, iniciou-se na década de 90 e constituiu-se em uma alternativa assistencial aos pacientes candidatos ao regime de hospitalização convencional (4). Segundo Hernando et al. em estudo longitudinal conduzido em pacientes com AIDS, a incidência de admissões hospitalares diminuiu em vista da existência do HD. Este impacto positivo foi mais evidente em pacientes com valores de CD4 abaixo de duzentas células por milímetro cúbico (5).

Atividades desenvolvidas no HD visam à melhoria do indivíduo globalmente. O suporte clínico, nutricional, psicológico, entre outros, através de equipe multidisciplinar, a orientação e aconselhamento familiar quando necessária e a estrutura diagnóstico-terapêutica disponibilizada através do Hospital-Dia, possibilitam um atendimento humanizado.

No município de Pelotas existe um Hospital-Dia que funciona dentro do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas sendo referência loco regional nesta modalidade para Pelotas. Foi fundado em 1998 sendo viabilizado com o apoio do Banco Mundial - Ministério da Saúde, em convênio com a Coordenação Municipal de DST/AIDS - Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social e Secretaria Estadual de Saúde.

A AIDS tem se tornado objeto de interesse por parte de psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental essencialmente por duas razões: o tropismo do HIV pelo sistema nervoso central (SNC) e o impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da infecção nos indivíduos afetados (6). Síndromes depressivas são os distúrbios mentais mais prevalentes associadas à infecção pelo HIV (7).

A depressão maior em pacientes HIV positivos está associada a vários fatores: 1. descoberta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela imposta e as complexas questões psicossociais envolvidas; 2. invasão do sistema nervoso central pelo HIV por infecções oportunistas ou tumores intracranianos; 3. desencadeamento de episódio depressivo em populações vulneráveis (homossexuais e usuários de drogas injetáveis) (6).

Os sintomas depressivos podem representar uma reação emocional transitória ou manifestações centrais de síndromes clínicas, tais como depressão maior, distímia ou distúrbios de ajustamento com humor deprimido (7). Uma meta-análise de dez artigos publicados entre 1988 a 1998 concluiu que pacientes HIV positivos têm praticamente duas vezes mais risco de desenvolverem depressão maior em comparação a pacientes não portadores, independente de orientação sexual ou comportamento de risco (10).

O presente estudo, em vista da inexistência de artigos similares, tem por objetivo avaliar o impacto do Hospital-Dia na depressão e ansiedade de pacientes HIV/AIDS atendidos no Hospital-Dia/ Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas.

## MÉTODOS

O presente trabalho é um ensaio clínico não-controlado realizado entre os meses de março e agosto de 2004, no Hospital-Dia/ Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul. Pacientes HIV/AIDS, de ambos os sexos, com 17 anos ou mais foram convidados a participar do estudo à medida que se apresentavam ao serviço. Havendo concordância, o indivíduo assinava um termo de consentimento informado.

Pacientes incluídos no estudo foram entrevistados antes e depois do seu acompanhamento no HD. Na primeira entrevista, sintomas de depressão e ansiedade foram mensurados através dos Inventários de Depressão Beck (BDI) e Ansiedade Beck (BAI). Estes instrumentos, compostos cada por 21 itens, podem ser administrados oralmente ou auto-administrados e avaliam a sintomatologia presente na última semana. Um questionário padrão sobre dados demográficos e sócio-econômicos também foi aplicado. Atendimento(s) e intervenção(ções) realizada(s) no HD, dados referentes à sua doença e medicações em uso foram retiradas de prontuário médico. Ao final do acompanhamento clínico, pacientes responderam novamente aos Inventários de Depressão e Ansiedade Beck e à pergunta referente à melhora em seu estado de saúde.

Pacientes foram incluídos no estudo apenas uma vez. Foram excluídos do estudo pacientes com diagnóstico de encefalopatia pelo HIV, pacientes com indicação de internação hospitalar em leito convencional durante o tratamento no HD e pacientes que procuraram o serviço para fornecimento de medicações.

Segundo Cunha e colaboradores, o Manual da versão em português do BDI apresenta pontos de corte para diferentes intensidades de depressão que são: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63). Para diferentes intensidades de ansiedade, segundo o manual, o BAI determina os seguintes pontos de corte: mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63).

A consideração dos níveis de intensidade é sobretudo importante, principalmente no caso do BDI, já que se pode pressupor a presença de indícios de uma depressão clínica, em casos com escore total classificado como moderado ou grave. Portanto, pacientes que apresentaram um escore na primeira entrevista  $\geq 20$  foram encaminhados com carta anexa ao SAE para avaliação e conduta. Igualmente, pacientes que apresentarem escore  $> 1$  no item 2 ou 9 do BDI também foram encaminhados, dada à sua relevância para estimar a existência de potencial suicida, especialmente, em pacientes depressivos (12).

O desfecho principal deste estudo pretende avaliar mudanças nos níveis de depressão e ansiedade antes e depois do acompanhamento no HD. Pela definição melhora/não-melhora caracterizamos estas mudanças. Melhora definiu-se como aquele paciente que apresentou redução no nível final de depressão ou ansiedade em comparação ao basal. O critério não-melhora definiu-se como aquele paciente que permaneceu no mesmo nível ou que apresentou piora na intensidade dos sintomas finais passando a um nível mais alto em relação ao basal.

Para o cálculo de tamanho da amostra foi aplicado o teste t pareado. Esta se baseou no escore médio inicial e final do Inventário de Depressão Beck (Escore médio inicial = 19,83 Escore médio final = 12,66) aplicado em trinta pacientes durante o projeto piloto. A magnitude de efeito calculada foi de 7,16 com um desvio-padrão de 12,17 obtido a partir da média do desvio padrão inicial e final (desvio-padrão inicial = 13,00 desvio-padrão final = 11,35), um  $\alpha$  de 0,05 e um  $\beta$  de 0,20. A magnitude padronizada foi de 0,58 correspondendo a quarenta e cinco indivíduos com um acréscimo de 30% para eventuais perdas, totalizando cinquenta e nove pacientes.

Os dados foram tabulados e analisados através do programa estatístico SPSS versão 8.0. Foi realizada a análise univariada com a apresentação de freqüências, médias e desvios-padrões das variáveis independentes. Na análise bivariada foi utilizado o teste do Qui-quadrado para comparações entre proporções onde um p valor menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. O teste  $t$  para amostra pareada foi utilizado para

comparar a mudança média dos escores basais e finais dos níveis de depressão e ansiedade.

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

## RESULTADOS

### 1. Características descritivas

Sessenta e quatro pacientes, HIV positivos, foram entrevistados no início e no final de uma intervenção no Hospital-Dia, no período de março a agosto de 2004. Os pacientes foram incluídos no estudo à medida que se apresentavam ao serviço. Não houve recusas nem perdas. Dois indivíduos preencheram critério de exclusão: o primeiro por apresentar encefalopatia pelo HIV e o segundo, por necessitar de internação clínica em leito hospitalar convencional no período entre as avaliações. O tempo médio entre a primeira e a segunda entrevista foi de quatorze dias com um desvio-padrão de 8,98 dias. As características da população estudada estão resumidas na Tabela 1.

Da população estudada, trinta e cinco (54,7%) eram mulheres. A idade média foi de trinta e seis anos com um desvio-padrão de 9,3 anos com a maior parte da amostra constituindo-se de indivíduos da raça branca – quarenta e seis pacientes (71,9%). A presença de companheiro foi afirmativa em um pouco mais da metade da amostra com 51,6%. Este mesmo percentual de pacientes tinha escolaridade entre 4 a 7 anos. Dois grupos de classes sociais preponderaram neste estudo, a saber, as classes D e E totalizando 78,2%. Apenas 29,7% dos entrevistados referiram ter trabalhado no último mês e 57,8% vinham recebendo benefício.

Durante as entrevistas, a investigação para o uso abusivo de álcool através da aplicação do instrumento CAGE encontrou 17,2% dos pacientes positivos para este rastreamento. Em relação ao tabagismo, os valores são mais equilibrados do que a variável anterior com 57,8% dos pacientes tabagistas contra 42,2% não tabagistas.

A maioria dos pacientes neste estudo vinha em uso de medicação anti-retroviral - 42(65,6%) - sendo que 28,1% apresentavam níveis de CD4 abaixo de 200. Este mesmo percentual, ou seja, 28,1% também representavam o número de pacientes com níveis indetectáveis de carga viral. A forma

predominante de contágio foi através de relação heterossexual 34(53,1%). Grande parte da amostra (70,3%) tinha conhecimento da sua condição de soropositividade por um período que variou de zero a seis anos.

Do grupo estudado, 11(17,2%) vinham em uso de antidepressivo, dos quais seis pertenciam à classe dos Inibidores seletivos de recaptção da serotonina (Fluoxetina) e cinco, à classe dos antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina e Imipramina). Da população avaliada, 17(26,6%) vinham em uso de ansiolíticos do tipo benzodiazepínico: Alprazolam, Clordiazepóxido, Diazepam, Flunitrazepam, Flurazepam, Midazolam e Clonazepam – oito pacientes vinham em uso de ambos.

**Tabela 1.** Características da população (n=64)

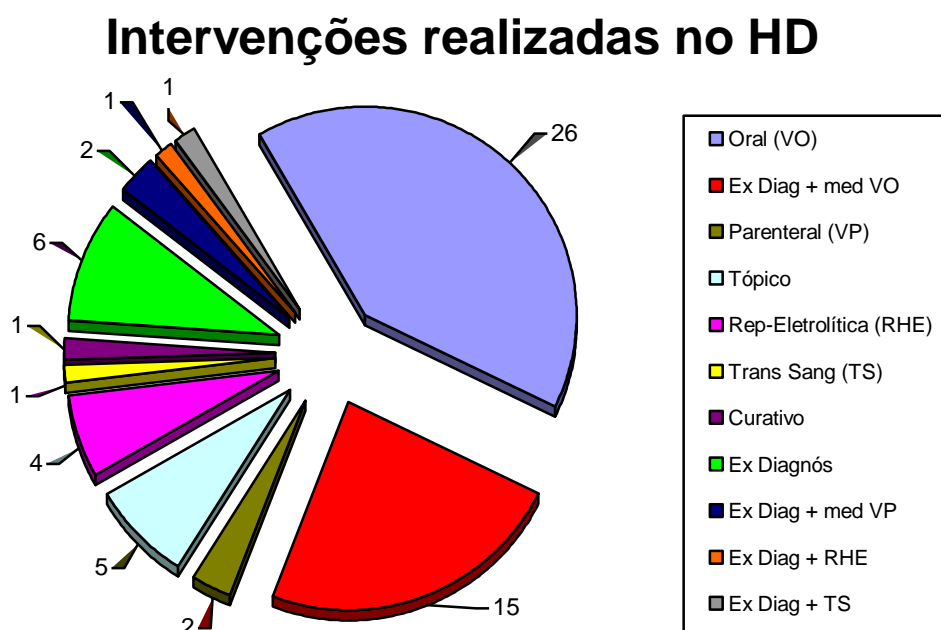
<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (%)</b>
Gênero	
masculino	29(45,3%)
feminino	35(54,7%)
Idade (anos)	
0- 35	35(54,7%)
≥ 36	29(45,3%)
Raça	
branca	46(71,9%)
não-branca	18(28,1%)
Companheiro	
sim	33(51,6%)
não	31(48,4%)
Escolaridade (anos completos)	
0-3	19(29,7%)
4-7	33(51,6%)
≥ 8	12(18,8%)
Classe Social	
A	0( 0%)
B	3( 4,7%)
C	11(17,2%)
D	30(46,9%)
E	20(31,3%)



Tabagista	
sim	37(57,8%)
não	27(42,2%)
Abuso de álcool	
sim	11(17,2%)
não	53(82,8%)
Trabalhou último mês	
sim	19(29,7%)
não	45(70,3%)
Recebe benefício	
sim	37(57,8%)
não	27(42,2%)
Tempo soropositivo (anos)	
0-6	45(70,3%)
≥ 6	19(29,7%)
Forma de contágio	
relação heterossexual	34(53,1%)
relação homossexual	9(14,1%)
UDI/transusão sanguínea/outros	21(32,8%)
CD4(cel/mm <sup>3</sup> )	
≥ 500	15(23,4%)
200-499	31(48,4%)
< 200	18(28,1%)
Carga viral(n° cópias/ml)	
indetectável	18(28,1%)
50-10000	15(23,4%)
10001-25000	11(17,2%)
25001-40000	3( 4,7%)
≥40001	17(26,6%)
Uso de antidepressivo	
sim	11(17,2%)
não	53(82,8%)
Uso de ansiolítico	
sim	17(26,6%)
não	47(73,4%)
Uso de anti-retroviral	
sim	42(65,6%)
não	22(34,4%)
<hr/>	
Total	64(100%)

As intervenções sofridas no Hospital-Dia (Gráfico 1) variaram dentro de um espectro diagnóstico-terapêutico, a saber: medicação oral – 26(40,6%), parenteral – 2(3,12%) e tópica – 5(7,81%); reposição hidroeletrólítica – 4(6,25%); transfusão sanguínea – 1(1,56%); curativos - 1(1,56%); exame diagnóstico - 6(9,37%); e, exame diagnóstico mais outra intervenção – 19(29,7%), distribuídos em: exame + medicação via oral – 15(23,4%), exame + medicação via parenteral – 2(3,1%), exame + reposição hidroeletrólítica – 1(1,5%), exame + transfusão sanguínea – 1(1,5%).

Foi avaliada a melhora pós-acompanhamento no HD, obtendo-se um índice alto de respostas favoráveis – 63(98,4%).

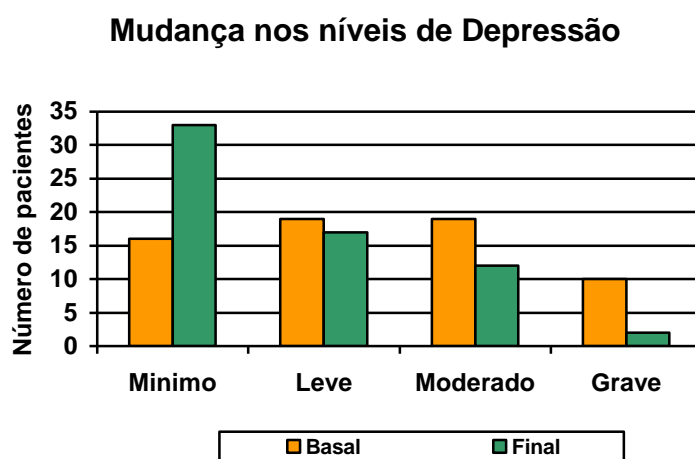


**Gráfico 1** – Intervenções realizadas no Hospital-Dia.

## 2. Depressão e Ansiedade

Em relação ao desfecho principal deste estudo - **melhora/não melhora** - 35(54,6%) pacientes apresentaram melhora nos níveis de depressão, enquanto 29(45,3%) não apresentaram desfecho favorável, ou seja, apresentaram piora da depressão em relação ao nível basal – 2(3,1%) pacientes, ou continuaram na mesma categoria - 21(32,8%) indivíduos permaneceram nas categorias mínimo ou leve e 6(9,3%) nas categorias moderado ou grave.

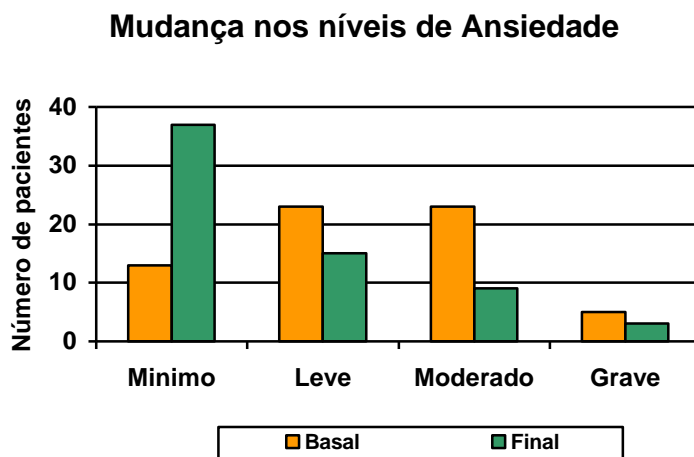
Em relação às categorias individuais de depressão (Gráfico 2) - mínimo, leve, moderado e grave - inicialmente tínhamos 16(25%) pacientes com nível mínimo, 19(29,7%) com nível leve, 19(29,7%) com nível moderado e 10(15,6%) com nível grave. Após a intervenção, houve um aumento importante no nível mínimo em função da migração das demais categorias para esta passando, portanto a contar com 33(51,6%) pacientes. Os níveis leve, moderado e grave passaram a ter 17(26,6%), 12(18,8%) e 2(3,1%) pacientes, respectivamente. Em relação ao critério **melhora** (já definido anteriormente), a categoria com maior redução dos níveis basais, após a intervenção, foi o nível grave com uma redução de 12,5 pontos percentuais.



**Gráfico 2** – Níveis de Depressão - Basal e Final

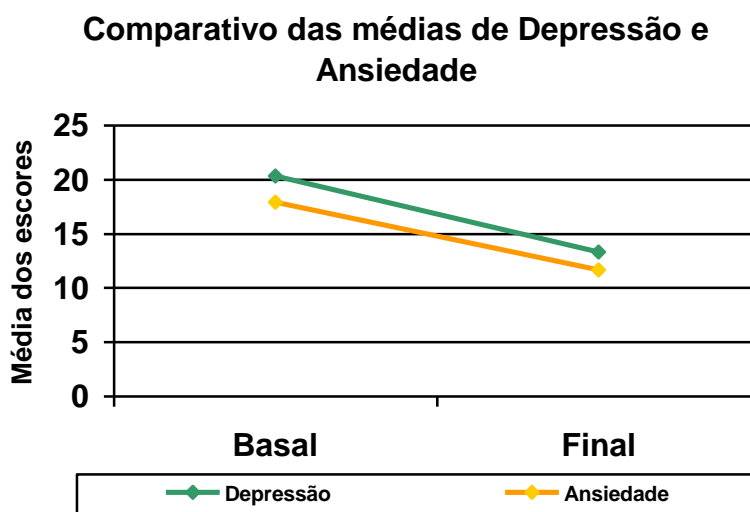
Níveis de ansiedade apresentaram valores iguais de **melhora/não melhora** que a depressão, a saber: 35(54,6%) revelaram melhora dos níveis de ansiedade, enquanto 29(45,3%) não melhoraram. Estes foram divididos em pacientes que apresentaram piora da ansiedade em relação ao nível basal – 5(7,8%) e pacientes que continuaram na mesma categoria – 18(28,1%) indivíduos nas categorias mínimo ou leve e 6(9,3%) nas categorias moderado ou grave.

A categoria individual de ansiedade dos entrevistados (Gráfico 3) apresentou-se, inicialmente, da seguinte forma: 13(20,3%) pacientes apresentavam nível mínimo, 23(35,9%) nível leve, 23(35,9%) nível moderado e 5(7,8%) nível grave. Após a intervenção, houve uma diminuição da ansiedade, em todos os níveis, com mais de metade da amostra – 37(57,8%) - concentrando-se no seu nível mais baixo, ou seja, o nível mínimo. Os demais níveis, leve, moderado e grave contabilizaram 15(23,4%), 9(14,1%) e 3(4,7%) pacientes, respectivamente.



**Gráfico 3** – Níveis de Ansiedade - Basal e Final

Na amostra, o escore médio basal do Inventário de Depressão Beck foi de 20,33 (dp= 11,85) e a final 13,30 (dp= 10,33). O escore médio basal do Inventário de Ansiedade Beck foi de 17,92 (dp= 8,90) e a final 11,69 (dp= 9,74) (Gráfico 4).



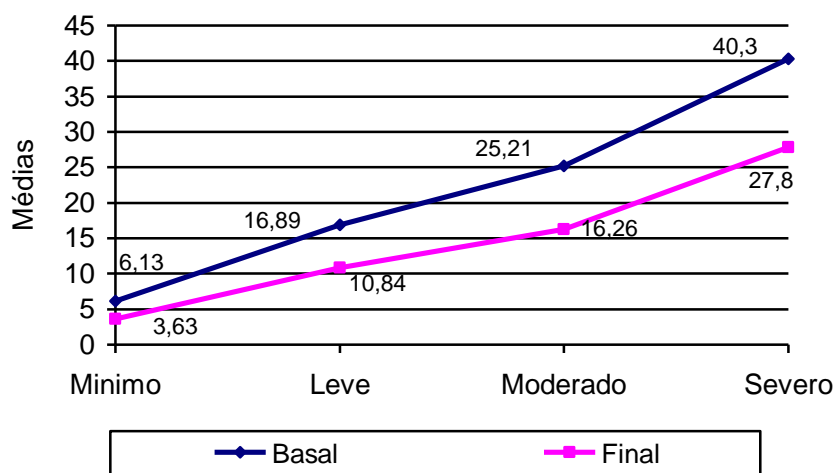
**Gráfico 4** – Comparação de média basal e final do BDI e BAI.

Nesta amostra, segundo o BDI, 29(45,3%) pacientes apresentaram na primeira entrevista indícios de uma depressão clínica (escore total classificado como moderado ou grave). Após acompanhamento no HD, 14(21,9%) pacientes ainda permaneciam com indícios de depressão clínica.

### 3. Análise

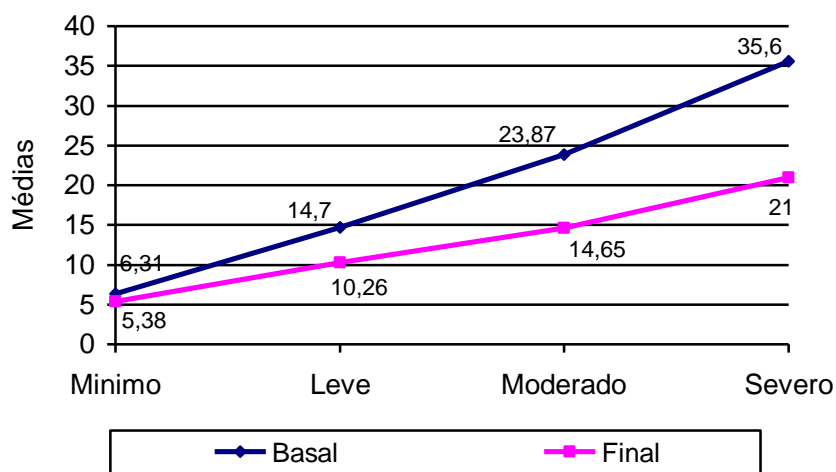
Analisou-se comparativamente o escore médio basal e final dos pacientes que inicialmente encontravam-se nos níveis mínimo, leve, moderado e grave, tanto para depressão quanto para ansiedade através do teste t para amostras pareadas. Em todos os níveis de depressão e ansiedade houve redução dos escores médios (Gráficos 5 e 6).

### BDI - Médias (basal e final)



**Gráfico 5** – Escore médio inicial e final para BDI por categoria de depressão na primeira entrevista.

### BAI - Médias (basal e final)



**Gráfico 6** – Escore médio inicial e final para BAI por categoria de ansiedade na primeira entrevista.

Apenas os níveis mínimo e grave, referentes à ansiedade, não apresentaram significância estatística (Tabelas 2 e 3).

**Tabela 2.** Escore médio inicial e final para BDI por categoria de depressão na primeira entrevista

	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>p-valor</b>
<b>BDI Nível Mínimo</b>				
Inicial	6,13	16	3,24	0,004
Final	3,63	16	3,28	
<b>BDI Nível Leve</b>				
Inicial	16,89	19	1,79	0,0001
Final	10,84	19	3,75	
<b>BDI Nível Moderado</b>				
Inicial	25,21	19	4,21	0,0001
Final	16,26	19	9,16	
<b>BDI Nível Grave</b>				
Inicial	40,30	10	6,82	0,0001
Final	27,80	10	10,08	

**Tabela 3.** Escore médio inicial e final para BAI por categoria de ansiedade na primeira entrevista

	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>p-valor</b>
<b>BAI Nível Mínimo</b>				
Inicial	6,31	13	2,69	0,489
Final	5,38	13	5,72	
<b>BAI Nível Leve</b>				
Inicial	14,70	23	2,79	0,008
Final	10,26	23	7,79	
<b>BAI Nível Moderado</b>				
Inicial	23,87	23	2,99	0,0001
Final	14,65	23	8,03	
<b>BAI Nível Grave</b>				
Inicial	35,60	5	6,50	0,086
Final	21,00	5	20,17	

Comparou-se a média dos escores iniciais e finais do BDI (20,33 e 13,30) e BAI (17,92 e 11,69), através do teste t para amostras pareadas, obtendo-se uma melhora média de 7.03 (dp=6,07) para o BDI e 6.23 (dp=8,54) para o BAI. Esta melhora foi estatisticamente significativa, tanto para o escore de depressão ( $p < 0,0001$ ; 95% IC 5,51-8,55), quanto para ansiedade ( $p < 0,0001$ ; 95% IC 4,10-8,37).

Quando se analisou a melhora dos níveis de depressão antes e depois do acompanhamento no Hospital-Dia verificou-se uma associação estatisticamente significativa com a variável raça ( $p < 0,020$ ; 95% IC 1,14-2,54), sendo que os não-brancos apresentaram uma chance de melhora 1,7 vezes (RR 1,70) maior que os brancos. O mesmo não aconteceu quando se avaliou a melhora nos níveis de ansiedade. Outra variável que mostrou estar associada com a melhora nos níveis de depressão foi referente ao uso de medicação anti-retroviral ( $p < 0,018$ ; 95% IC 1,19- 2,73), aonde quem não vinha em uso desta medicação apresentou 1,8 vezes (RR 1,80) mais chance de melhora quando comparado a quem estava tomando anti-retroviral. Esta variável também não se mostrou significativa quando comparada à melhora na ansiedade (Tabela 4).

Em relação à melhora nos níveis de ansiedade antes e depois do acompanhamento no HD, não se verificou associação significativa com nenhuma das variáveis independentes (Tabela 5). Análise multivariada não foi realizada em razão do tamanho amostral.



**Tabela 4.** Análise Bivariada – Depressão

Variável	% de melhora	RR (IC 95%)	p valor
Gênero			
masculino	51,7%	Referência	0,665
feminino	57,1%	1,10(0,70-1,74)	
Idade			
0-35 anos	54,3%	Referência	0,943
≥ 36 anos	55,2%	1,02(0,65-1,59)	
Raça			
branca	45,7%	Referência	0,020
não-branca	77,8%	1,70(1,14-2,54)	
Companheiro			
sim	51,5%	Referência	0,783
não	58,1%	1,13(0,72-1,76)	
Escolaridade			
0-3 anos	57,9%	1,39(0,64-3,01)	0,431
4-7 anos	57,6%	1,38(0,67-2,87)	
8 anos ou mais	41,7%	Referência	
Classe social			
B	33,3%	Referência	0,848
C	54,5%	1,64(0,30-8,86)	
D	53,3%	1,60(0,31-8,21)	
E	60,0%	1,80(0,35-9,28)	
Tabagismo			
sim	51,4%	Referência	0,709
não	59,3%	1,15(0,74-1,80)	
Abuso de álcool			
sim	63,6%	1,20(0,72-2,01)	0,747
não	52,8%	Referência	
Trabalhou último mês			
sim	42,1%	Referência	0,299
não	60,0%	1,42(0,80-2,54)	
Recebe benefício			
sim	51,4%	Referência	0,709
não	59,3%	1,15(0,74-1,80)	
Soropositividade (anos)			
0-6	55,6%	1,06(0,64-1,74)	0,830
> que 6	52,6%	Referência	

Forma de contágio			
Rel heterossexual	55,9%	0,98(0,61-1,57)	0,976
Rel homossexual	44,4%	0,78(0,34-1,76)	
Outros	57,1%	Referência	
CD4			
≥500	60,0%	0,98(0,56-1,71)	0,901
200-499	48,4%	0,79(0,47-1,33)	
<200	61,1%	Referência	
Carga viral			
Indectável	33,3%	Referência	0,088
50-10000	60,0%	1,80(0,83-3,90)	
10001-25000	63,6%	1,91(0,87-4,21)	
25001-40000	66,7%	2,00(0,71-5,62)	
≥ 40001	64,7%	1,94(0,92-4,08)	
Uso de antidepressivo			
sim	45,5%	Referência	0,731
não	56,6%	1,25(0,63-2,48)	
Uso de ansiolítico			
sim	64,7%	1,27(0,81-1,99)	0,494
não	51,1%	Referência	
Uso de ARV			
sim	42,9%	Referência	0,018
não	77,3%	1,80(1,19-2,73)	

**Tabela 5.** Análise Bivariada – Ansiedade

Variável	% de melhora	RR (IC 95%)	p valor
Gênero			
masculino	55,2%	Referência	0,943
feminino	54,3%	0,98(0,63-1,54)	
Idade			
0-35 anos	48,6%	Referência	0,280
≥ 36 anos	62,1%	1,28(0,82-1,99)	
Raça			
branca	47,8%	Referência	0,078
não-branca	72,2%	1,51(1,00-2,29)	
Companheiro			
sim	54,5%	Referência	1,000
não	54,8%	1,01(0,64-1,57)	
Escolaridade			
0-3 anos	57,9%	1,38(0,67-2,87)	0,431
4-7 anos	57,6%	1,39(0,64-3,01)	
8 anos ou mais	41,7%	Referência	
Classe social			
B	33,3%	Referência	0,848
C	54,5%	1,64(0,30-8,86)	
D	53,3%	1,60(0,31-8,21)	
E	60,0%	1,80(0,35-9,28)	
Tabagismo			
sim	59,5%	Referência	0,520
não	48,1%	0,81(0,50-1,30)	
Abuso de álcool			
sim	54,5%	1,00(0,55-1,80)	1,000
não	54,7%	Referência	
Trabalhou último mês			
sim	57,9%	Referência	0,952
não	53,3%	0,92(0,58-1,48)	
Recebe benefício			
sim	54,1%	Referência	1,000
não	55,6%	1,03(0,66-1,61)	
Soropositividade (anos)			
0-6	60,0%	1,42(0,80-2,54)	0,189
> que 6	42,1%	Referência	

Forma de contágio			
Rel heterossexual	50,0%	1,17(0,65-2,11)	0,561
Rel homossexual	66,7%	0,88(0,53-1,44)	
Outros	57,1%	Referência	
CD4			
≥500	66,7%	1,50(0,80-2,81)	0,206
200-499	54,8%	1,23(0,67-2,26)	
<200	44,4%	Referência	
Carga viral			
Indectável	33,3%	Referência	0,220
50-10000	66,7%	2,00(0,95-4,21)	
10001-25000	63,6%	1,91(0,87-4,21)	
25001-40000	66,7%	2,00(0,71-5,62)	
≥ 40001	58,9%	1,76(0,82-3,79)	
Uso de antidepressivo			
sim	54,5%	Referência	1,000
não	54,7%	1,00(0,55-1,81)	
Uso de ansiolítico			
sim	58,8%	1,11(0,68-1,79)	0,908
não	53,2%	Referência	
Uso de ARV			
sim	50,0%	Referência	0,437
não	63,6%	1,27(0,82-1,97)	

## Discussão

Atualmente, existem inúmeras doenças sendo tratadas e acompanhadas através de Hospital-Dia. Na tentativa de detectar o impacto emocional nos pacientes HIV/AIDS atendidos por este serviço, analisamos os indícios de depressão e ansiedade por níveis, nesta população, antes e depois do acompanhamento no HD. A mensuração dos sintomas depressivos, neste estudo, foi avaliada pelo BDI. É importante lembrar que o Inventário de Depressão Beck representa um instrumento de rastreamento para depressão onde se pode pressupor a presença de indícios de uma depressão clínica em casos com escore total classificado como moderado ou grave (12). O diagnóstico clínico definitivo deve sempre incluir entrevista clínica psiquiátrica diagnóstica, não sendo objeto do presente estudo. Nesta amostra, tanto inicialmente, quanto após a intervenção, foram encontrados valores altos de sintomas depressivos moderados e graves, fato este, consistente com estudos prévios em pacientes que convivem com HIV/AIDS (16,17,18). Não houve intervenção psicoterápica em nenhum paciente antes da segunda entrevista.

Em relação à ansiedade, avaliada pelo BAI, notamos uma importante migração para a categoria de escore mais baixo, ou seja, o nível mínimo após a intervenção. Na primeira entrevista, 43,7% dos pacientes apresentavam escores compatíveis com ansiedade moderada e grave. Na segunda entrevista, realizada após a intervenção, apenas 18,8% encontravam-se nestas categorias. Em comparação a estimativas da população em geral, pessoas com HIV apresentaram uma probabilidade maior de ter distúrbios de ansiedade e depressão: aproximadamente 11% a 36% de pessoas com o HIV foram rastreadas positivamente para distúrbio generalizado de ansiedade, distúrbio do pânico, depressão maior e, distímia (19).

Encontramos uma melhora nos níveis de depressão e ansiedade nos pacientes acompanhados no Hospital-Dia (HD). Noventa e oito por cento dos pacientes entrevistados relataram melhora pós-intervenção no HD. É importante destacar que não houve diferença estatisticamente significativa com a melhora nos níveis de depressão ou ansiedade quando avaliada o tempo entre a primeira

e a segunda entrevista. A melhora média dos escores de BDI e BAI se mostraram estatisticamente significativas, o que corrobora este cenário de melhora e caracteriza um impacto emocional favorável. Este dado é importante, visto que existe escassa literatura abordando este aspecto particular em um HD que acolhe pacientes HIV/AIDS. Estudos demonstraram os benefícios desta modalidade em pacientes HIV/AIDS no que se refere à diminuição na frequência de internações hospitalares (5), mas praticamente nada em termos de impacto emocional. Devemos lembrar que um dos objetivos do HD é melhorar a qualidade de vida dos portadores do HIV/AIDS através de atividades diagnóstico-terapêuticas e suporte psicossocial. Evidenciamos que além do suporte clínico, reconhecidamente fornecida nesta unidade, também identificamos um impacto emocional que influenciará positivamente estes pacientes.

Estudos demonstraram que uma vez identificados distúrbios psiquiátricos, pacientes infectados pelo HIV beneficiam-se com o tratamento dos mesmos. Isto ocorre por diminuição de sintomas mentais perturbadores e pela melhora na qualidade de vida. É muito provável que apareçam benefícios secundários tais como: melhor adesão ao tratamento médico e redução no uso de drogas (20). Apesar de sintomas depressivos não terem sido associados com a progressão acelerada da doença HIV em alguns estudos, outros a encontraram, inclusive com depressão sendo identificada como um indicador para uma sobrevida mais curta em homens HIV – positivos (21). Indivíduos deprimidos aderem de uma pior forma ao tratamento independentemente de suporte social enquanto não deprimidos apresentam melhor adesão ao tratamento quando apoiados (21). Segundo Kleeberger et al., a depressão entre usuários com boa adesão aos ARV, pode resultar em perda desta, visto que a diminuição da auto-estima e negligência são comportamentos associados à depressão (22).

Neste estudo, o fato de ser não-branco associou-se positivamente com a melhora dos sintomas depressivos. Um trabalho realizado com homens HIV/AIDS de meia-idade e mais velhos avaliou diferenças raciais (afro-americanos x brancos) em relação a eventos estressantes, formas de adaptação, suporte social e angústia psicológica. Estes dois grupos apresentaram níveis comparáveis de estresse associada à discriminação e perdas relacionadas à AIDS, dilemas financeiros, falta de informação e assistência, dificuldades de

relacionamento e problemas domésticos. No entanto, em resposta a estes eventos estressantes, homens afro-americanos mais velhos se engajaram mais freqüentemente em estratégias adaptativas. Este mesmo grupo de pacientes, neste estudo, revelou graus mais baixos de depressão, ansiedade e somatização do que os homens de raça branca (23). Houve concordância de resultados com nosso estudo no aspecto relativo à melhora da depressão associada à raça, podendo os outros parâmetros ser alvo de estudos futuros.

O início da terapia anti-retroviral deve ser recomendado para pacientes com manifestações clínicas associadas ao HIV, independentemente da contagem de linfócitos T- CD4+ e da carga viral plasmática, e para aqueles com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200/mm<sup>3</sup>, independentemente da presença de sintomas ou da magnitude da carga viral (24). Ao iniciar esta terapia o paciente é informado dos motivos do seu uso, dos objetivos a serem alcançados e da necessidade de adesão ao tratamento. Uma parte dos pacientes HIV/AIDS notoriamente associa o início de uso do “*coquetel*” a uma piora das “defesas”, podendo o seu uso ser percebido como um aspecto negativo da doença.

Crenças sobre terapia anti-retroviral e características psicossociais de pacientes HIV-positivos, virgens à terapia ARV, podem influenciar a adesão na fase inicial do uso desta terapêutica (25). O uso de medicação ARV, em nosso estudo, demonstrou que quem não vinha em uso desta terapêutica apresentou uma chance maior de melhora nos níveis de depressão. Uma hipótese a respeito deste resultado é que pacientes que não vinham em uso de ARV melhoraram mais por que tinham consciência de não estarem tão imunocomprometidos a ponto de necessitarem o uso de anti-retrovirais. Como parte de um estudo multicêntrico conduzido pela AIDS Clinical Trial Group (ACTG 384), 980 indivíduos virgem à terapia ARV foram avaliados previamente ao seu início. Foram avaliadas medidas de angústia, estado de saúde e bem-estar, itens pessoais e circunstanciais incluindo características demográficas, apoio social, auto-suficiência, depressão, estresse e adesão medicamentosa (não anti-retroviral). Fatores circunstanciais como depressão, estresse e menor nível de escolaridade foram associados com menos certeza da efetividade da terapia ARV e da habilidade percebida de adesão. Apenas 37%

dos indivíduos relataram extrema certeza de que a terapia ARV beneficiaria sua saúde (25).

Em relação às limitações do estudo devemos destacar o fato do instrumento utilizado constituir-se em método de rastreamento para depressão e ansiedade não nos possibilitando um diagnóstico nosológico.

Concluimos portanto, que além do Hospital-Dia ser responsável pela diminuição na frequência de admissões hospitalares e constituir-se em alternativa assistencial aos pacientes HIV/AIDS, também promove um impacto favorável no estado emocional destes pacientes, sem a realização de intervenção psicoterápica, em um momento de grande vulnerabilidade.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Report on the global AIDS epidemic. Executive Summary. Acessado 07/07/2004. <http://www.unaids.org>
2. Steinbrook R: The AIDS Epidemic in 2004. Acessado 08/07/2004. <http://www.nejm.org>
3. Boletim Epidemiológico AIDS Ano XVII nº 01- 01 à 52 Semanas epidemiológicas Janeiro a dezembro de 2003.
4. Hospital-Dia. Acessado 01/06/2004. <http://www.aids.gov.br>
5. Asunción H, Federico P, Pena JM, Alberdi JC, González-Garcia J, Rubio R, Arribas JR, Costa JR, Vázquez JJ, Palácio A del: Influencia del hospital de día em los requerimientos de ingreso hospitalario de los pacientes con sida. Medicina Clinica 2000; 114:690-693.
6. Malbergier A, Schöffel AC: Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. Rev Bras Psiquiatr 2001; 23 (3):160-167.
7. Starace F, Ammassari A, Trotta MP, Murri R, De Longis P, Izzo C, Scalzini A, D'Arminio Monforte A, Wu AW, Antinori A: Depression Is a Risk Factor for Suboptimal Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2002; 31: S136-S139.
8. Fleck MP de A, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF: Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(2):114-122.
9. Treisman G, Fishman M, Schwartz J, Hutton H, Lyketsos C: Mood Disorders in HIV Infection. Depression and Anxiety 1998; 7: 178-187.
10. Ciesla JA, Roberts JE: Meta-Analysis of the Relationship Between HIV Infection and Risk for Depressive Disorders. Am J Psychiatry 2001;158: 725-730.
11. Angelino AF: Depression and Adjustment Disorder in Patients with HIV Disease. Topics in HIV Medicine 2002; Vol 10 (5):31-35.
12. Cunha JA: Manual da versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
13. Gorestein C, Andrade L: Validation of a Portuguese version or the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 1996; 29: 453-457.
14. Rutter M. Pesquisa de Mercado. São Paulo: Editora Ática; 1988.

15. Masur J, Monteiro MG: Validation of the "CAGE" Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting. *Brazilian J Med Biol Res* 1983;16:215-218
16. Judd F, Mijch A, McCausland J, Cockram A. Depressive symptoms in patients with HIV infection: a further exploration. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997; 31:862-868.
17. Judd F, Cockram A, Mijch A, McKenzie D. Liason psychiatry in an HIV/AIDS unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997; 31:391-397.
18. Fernandez D. M, Gómez M. A, Velazquez M, Mínimo A, Hunter R. PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL ISSUES OF A COHORT OF PUERTO RICAN HIV/AIDS PATIENTES. *Cellular and Molecular Biology* 1997; 43(7), 1115-1122.
19. Tsao J. C. I, Dobalian A, Moreau C, Dobalian K. Stability of Anxiety and Depression in a National Sample of Adults with Human Immunodeficiency Vírus. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2004; 192(2), 111-118.
20. Lyketsos C. G, Hutton H, Fishman M, Schwartz J, Treisman G. J. Psychiatric morbidity on entry to an HIV primary care clinic. *AIDS* 1996; 10:1033-1039.
21. Gordillo V, Amo J. del, Soriano V, González-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999; 13;1763-1769.
22. Kleeberger C. A, Buechner J, Palella F, Detels R, Riddler S, Rebecca G, Jacobson L. P. Changes in adherence to highly active antiretroviral therapy medications in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS* 2004; 18:683-688.
23. Heckman T. G, Kochman A, Sikkema K. J, Kalichman S. C, Masten J, Goodkin K. LATE MIDDLE-AGED AND OLDER MEN LIVING WITH HIV/AIDS: RACE DIFFERENCES IN COPING, SOCIAL SUPPORT, AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS. *J Natl Med Assoc.* 2000; 92:436-444.
24. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e AIDS. *Recomendações para a Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV.* 2004.
25. Reynolds N. R, Testa M. A, Marc L. G, Chesney M. A, Neidig J. L, Smith S. R, Vella S, Robbins G. K. Factors Influencing Medication Adherence Beliefs and Self-Efficacy in Persons Naive to Antiretroviral Therapy: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *AIDS and Behavior.* 2004; 8(2):141-150.